

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 0115517 700

Website: www.africa-union.org

CONFERENCE DE L'UNION AFRICAINE

Onzième session ordinaire

30 juin – 1^{er} juillet 2008

Sharm El-Sheikh (EGYPTE)

Assembly/AU/5 (XI)

**RAPPORT D'ACTIVITES SUR L'EXECUTION DES ENGAGEMENTS
PRIS AU SOMMET SPECIAL DE MAI 2006 SUR LE VIH/SIDA, LA
TUBERCULOSE, ET LA MALARIA (STM)**

RAPPORT SUR LE PALUDISME

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone +251115-517700 Fax : +251115-517844
Website : www.africa-union.org

**SESSION SPECIALE DE LA CONFERENCE
DES MINISTRES DE LA SANTE
DE L'UNION AFRICAINE (CMAS),
GENEVE, SUISSE,
17 MAI 2008**

MIN/Sp/AU/CAMH3/6 Malaria

AVANT – PROJET

**RAPPORT D'ACTIVITES SUR L'EXECUTION DES ENGAGEMENTS
PRIS AU SOMMET SPECIAL DE MAI 2006 SUR LE VIH/SIDA, LA
TUBERCULOSE, ET LA MALARIA (STM)**

RAPPORT SUR LE PALUDISME

TABLE DES MATIERES

Thèmes	Page
Sommaire	1-2
Historique	3-6
Situation analytique	
• Leadership au niveau national, régional et continental	6
• Mobilisation des ressources	6-10
• Prévention, Traitement, soins et prise en charge	10
• MTIs	10-11
• Traitement préventif et intermittent de la Malaria en période de grossesse	12-13
• Couverture du traitement	14
• Pulvérisation résiduelle d'intérieur (PRIs)	15
• Accès aux médicaments a bon prix et a la technologie	18-19
• Recherche et développement	19
• Partenariat et Rôle de conseil	19-20
• Suivi, évaluation, et rapports	20-21
Conclusion et recommandations	22
Références	23
Annexes	24-26

SOMMAIRE

Le Sommet des Chefs d'états et de gouvernements ont adopté les Déclarations et Plans d'Action d'Abuja en 2001 et 2001, tout en s'engageant à intensifier leur effort dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, la malaria, et autres maladies contagieuses (AMC). Au Sommet spécial d'Abuja de Mai 2006, ils ont ainsi réaffirmé leur volonté de réitérer leur engagement d'accroître leur action pour un accès global aux soins et services concernant le SIDA, la tuberculose, et la malaria, avec une vigueur renouvelée. En Avril 2007, l'Union africaine a engagé la Campagne contre l'élimination de la Malaria lors de la 3^{ème} Session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine. Ce faisant, ils ont également adopté lors de cette même session la Stratégie africaine en matière de santé, comme nouvelle approche pour une harmonisation du secteur santé avec les stratégies de développement en Afrique. Ce rapport décrit ainsi les progrès réalisés dans la mise en place de ces objectifs, tout en mettant un accent particulier sur l'exécution des 11 secteurs du programme tels que reflétés dans l'Appel d'Abuja pour une action accélérée de l'accès aux soins et services. Ce rapport émane, dans la plupart des cas, de plusieurs rapports publiés ou non publiés sur la situation de la malaria en Afrique à la fin de l'année 2007.

Tous les pays africains ont ainsi établi des organes de coordination de l'éradication de la Malaria (EM) et ont développé des plans stratégiques contre ce fléau. Jusqu'en 2004, seulement 4 pays ont pu atteindre l'objectif de réserver 15% des dépenses gouvernementales aux services de santé, avec une couverture moyenne régionale de 8.8%. Plusieurs initiatives pour accroître le montant des fonds alloués au contrôle de la malaria ont vu le jour et inclus le Fonds Global (FGSTM), Le Programme Accéléré de Banque Mondiale (PABM), l'initiative des Chefs d'états contre la malaria, et la Banque Islamique de développement. A ce jour, le FG s'est engagé pour 1,7 milliards de dollars pour le contrôle de la malaria en Afrique, et plusieurs autres sources de financement se sont engagés pour environ 645 millions de dollars.

Pour augmenter les interventions en matière de contrôle de la malaria, 74% des pays africains ont levé les taxes sur les produits anti – paludéen, 64% ont purement et simplement retiré ces taxes ou introduits des dérogations sur les MTIs, alors que la moitié de ces pays ont introduit des dérogations sur les taxes et tarifs des moustiquaires, leurs accessoires, ainsi que les insecticides. En 2006 – 2007, plus de 33 millions de MTIs ont été distribués à travers les villages de 22 pays africains. Environ 25% des ménages étaient en possession d'au moins une moustiquaire de quelque type que ce soit, alors que 12% étaient en possession d'au moins un MTI. En moyenne, 8% d'enfants de moins de 5 ans s'endormaient sous un MTI. Cependant, le MTI utilisé par ces enfants de moins de 5 ans a dépassé la barre des 40% au Rwanda, en Gambie, en Guinée - Bissau, et à Sao – Tome et Principe. L'utilisation des MTIs par les femmes enceintes accuse un taux encore plus bas de 4%.

Tous les 35 pays africains où le IPT a été recommandé ont adopté cette politique; cependant seulement 20 de ces pays ont pu mettre sur pied une exécution nationale. La couverture IPT est ainsi de moins de 10% de manière générale. Néanmoins,

certains de ces pays ont pu atteindre un niveau plus appréciable de couverture IPT tels qu'en Zambie avec 61%, au Malawi avec 45%, et en Gambie avec 33%.

Tous les pays africains, à l'exception de deux, ont adopté les méthodes de traitement de la thérapie Artémisinine Combinée (TAC) comme traitement de première ligne, contre la malaria, avec 25 pays s'étant déjà engagé dans la mise en place de cette politique. De par le continent, 34% d'enfants ayant concocté cette fièvre ont bénéficié d'un traitement anti - malarial. Par contre, en Gambie (52%), en Tanzanie (51%), au Ghana (48%) et au Sierra Leone (45%) les enfants atteints par cette fièvre ont obtenu un traitement contre le paludisme sous 24 heures à l'aide de la chloroquine, qui a malheureusement perdu de son efficacité au fil du temps. L'utilisation de cette TAC est par conséquent très faible; et dans environ 14 pays possédant des données de 2005 à 2007, la proportion moyenne d'enfants de moins de cinq ans ayant la fièvre paludéenne et recevant un traitement TAC n'était que de 2%.

A la fin de l'année 2007, 25 pays parmi 42 de ces pays africains à endémie paludéenne ont fait appel à la Pulvérisation Résiduelle d'Intérieur (IRS) dans leur stratégie de prévention du paludisme au niveau national. Parmi ceux-là, 17 exécutent systématiquement l'IRS en tant que moyen principal d'intervention de contrôle contre le paludisme tandis que 6 ont ciblé certaines régions pour y lancer des projets - pilote en IRS. En 2006-2007 de la saison paludéenne, un total d'environ 5 millions de structures unitaires a été inclus dans cette opération sur les endroits ciblés ainsi apportant une protection à environ 21 millions de personnes soit à 83% de la population.

Plusieurs initiatives ont été prises dans le but d'augmenter l'accès de tous aux produits de contrôle du paludisme. Pour faciliter l'obtention des Médicaments abordables contre le paludisme (AMFm) les mesures qui ont été prises consistaient à faire baisser le coût de la TAC et à aider l'élimination progressive des monothérapies afin d'éviter le développement de la résistance. Le partenariat mondial établi pour faire reculer le paludisme (RBM) a été établi en 1998. En conséquence, tous les pays de la région africaine ont établi des partenariats au niveau des pays. De plus, des réseaux sous - régionaux de RBM (SRNs) ont été établis afin de mettre en synergie les principaux partenaires existants dans les sous-régions pour la consolidation du soutien des tentatives de contrôle du paludisme dans les pays respectifs.

Depuis 2000, le 25 avril est commémoré comme le Jour du Paludisme Africain. Depuis, des événements régionaux ont eu lieu au niveau sous-régional et national. Le fait que le jour du Paludisme Africain soit fêté a fait en sorte que le paludisme soit mis à l'ordre du jour dans beaucoup de pays. En 2007, le 25 avril a été également déclaré Journée Internationale du Paludisme, *et le 1^{er} anniversaire de la Journée mondiale sur la Malaria a été célébrée le 25 avril 2008 sur le thème : « Un fléau sans frontière ».*

Les données recueillies d'une étude entreprise en 2005-2007, sur plus de 25 ménages ont été utilisées pour compléter ce rapport. Tous les pays sous-régionaux ont un système d'identification des matériels hasardeux même si l'interprétation des tendances des cas de paludisme et des décès est difficile à cause de rapports incomplets, de reportage non-standardisé et de trop de dépendance sur le diagnostic clinique. Cependant, il y a quelques pays qui ont réussi à monter des systèmes d'interventions

et qui ont également des données plus cohérentes et complètes, ce qui est le cas de l'Eritrée, le Kenya, le Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, l'Afrique du Sud, le Swaziland et l'île de Zanzibar en République Unie de la Tanzanie, où il y a eu au niveau des facilités sanitaire une baisse des cas de paludisme et des décès associés.

La plupart des pays africains s'orientent vers l'accès à un système universel de prévention et de contrôle contre le paludisme. L'élimination du paludisme a été le thème de discussion de plusieurs réunions de l'Union Africaine mais il reste encore beaucoup à faire avant qu'un bon nombre de pays ne soit en mesure d'éliminer la malaria, et ainsi se diriger vers une possible complète éradication..

Les états membres ont dégagé des progrès modérés vers l'accomplissement des objectifs établis à Abuja 2000, 2001, et 2006, ainsi que ceux planifiés dans le partenariat pour faire reculer le Paludisme (FRP) et les ODM pour faire reculer le paludisme. Un grand engagement envers la politique, l'adoption de meilleures politiques de même que l'augmentation du soutien financier alloué par les gouvernements, les agences de développement et les initiatives de remise de fond pour le contrôle du paludisme ont énormément contribués à ces résultats. Cependant aucun de ces pays, traînant ce fardeau de la malaria, n'a pu atteindre tous les objectifs escomptés.

1. Informations de Fond

1.1 Objectifs de Contrôle du Paludisme

La Déclaration d'Abuja 2000,

En 2005

- Au moins 60% de ceux qui sont atteints par le paludisme devront avoir accès et usage correcte, d'un traitement abordable et adapté dans les 24 heures qui suivent le déclenchement des symptômes;
- Au moins 60% de ceux qui sont sous le risque de contracter le paludisme, particulièrement les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 5 ans doivent bénéficier des mesures protectives comme par exemple, la mise à disposition de moustiquaires traitées à l'insecticide, fournies par les personnes et communautés concernées;
- Au moins 60 % de toutes les femmes enceintes qui courent le risque du paludisme, et surtout celles qui sont dans le premier trimestre de leur grossesse, doivent obtenir un traitement intermittent préventif (TIP)
- Au moins 60% des pays prédisposés à l'épidémie devront avoir la capacité de détecter le problème plutôt et de réagir convenablement contre l'épidémie du paludisme.

En 2010

En 2010, réduire de moitié le taux de mortalité des peuples Africains due au paludisme.

Partenariat pour faire reculer le paludisme et la Résolution de l'Assemblée Internationale de la Santé 2005

En 2010

- 80% des personnes en danger de contracter le paludisme sont protégées par des mécanismes adaptés contre les vecteurs du paludisme comme l'ITN, et l'IRS
- 80% des malades du paludisme sont diagnostiqués et traités grâce à des médicaments qui sont efficaces comme la Thérapie Artémisinine combinée (TAC) juste un jour après le début de la maladie.
- Dans les régions à grand risque de transmission, 80% des femmes enceintes reçoivent des traitements intermittents préventifs (TIP)
- La charge du paludisme est réduite de 50% comparée aux niveaux des chiffres de l'an 2000

En 2015

- Le taux de la morbidité et la mortalité sont réduits par 75% comparé aux résultats de l'an 2005
- Les Objectifs du millénaire pour le développement de l'Afrique (OMD) sont atteints
- Des interventions effectives pour assurer une couverture mondiale et équitable

Objectifs du millénaire pour le développement

- Objectif 8: Arrêter la propagation en 2015 et commencer à inverser la fréquence du paludisme et d'autres maladies principales.
Index 21. Incidence et taux de mortalité associés au paludisme

Index 22. Proportion de la population qui vit dans les régions à risque de paludisme et qui fait recours à des mesures de prévention et de traitement effectif contre le paludisme.

1.2 Sommet exceptionnel sur les thèmes de la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme¹

En Mai 2006, les Chefs d'Etats et de Gouvernements de l'Union Africaine ont participé à un sommet exceptionnel sur les thèmes de la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, pour revoir la mise au point de la mise en œuvre des Déclarations et des structures d'Action qui ont été établit lors des sommets d'Abuja qui ont eu lieu en 2000 sur le besoin de faire Reculer le paludisme, et en 2001, sur les questions du VIH/SIDA, de la Tuberculose et des ORID. Lors de ces sommets, tenus à Abuja, les Chefs d'états et de Gouvernements ont fait "appel à des services d'Actions Accélérés vers l'accès de tous aux soins médicaux pour *le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme*"².

Cet appel avait incité au dévouement collectif à des mesures d'ensemble curatives enracinées dans l'idée de lancer des mécanismes de mise en œuvre pour aborder les problèmes dans les domaines suivants:

- i: Leadership au niveau National, Régional et Continental
- ii: Mobilisation des Ressources
- iii: Protection des Droits de l'Homme
- iv: Réduction de la Pauvreté, acquisition de la santé et du Développement
- v: Renforcement des Systèmes de gestion sanitaire
- vi: Prévention, Traitement, Protection et Soutien
- vii: Accès à tous à des médicaments et des nouvelles technologies
- viii: Recherches et Développement
- ix: Mise en place au niveau national
- x: Partenariats
- xi: Suivi, Evaluation et Rapport

1.3 L'élan de l'Afrique: du Contrôle à l'Elimination du Paludisme

La Campagne Africaine d'Elimination du Paludisme prend également en compte la variation de la charge et de l'épidémiologie du paludisme dans les différentes régions du continent. Ceci définit les points d'attention du programme de contrôle et d'élimination du paludisme en mettant en œuvre une programmation progressive pour éliminer le paludisme par région dans les états membres. D'une part, les pays à forts cas de paludisme viseront l'objectif de contrôler la maladie dans le but de réduire le paludisme en tant que problème de santé public à travers une augmentation

¹ Sommet exceptionnel de l'Union Africaine sur le VIH et le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (STP. Abuja, Nigeria. Du 2 au 4 mai, 2006. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3

² Abuja Appel à une Action Accélérée vers l'accès de tous aux services de traitements médicaux du VIH et du SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme en Afrique. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3

proportionnelle de l'impact (SUF), qui permettra à long terme d'éliminer cette maladie. D'autre part, la ligne directrice de l'objectif des pays faiblement affectés par le paludisme sera l'élimination de ce dernier. Les pays qui ont réussi à éliminer le paludisme de même que les pays qui à présent ne sont plus touchés par cette maladie ont pour but le maintien de ce contrôle absolu.

La Campagne d'Élimination du Paludisme en Afrique

L'objectif principal de la Stratégie d'élimination du Paludisme en Afrique est de réduire la charge du paludisme. Ceci se fait avec l'objectif final d'éliminer le paludisme en assurant un monde sans paludisme ou un accès hautement subventionné pour les interventions prophylactiques et curatives, pour ainsi contribuer au développement socio-économique du peuple Africain. Tout cela est en faveur des progrès faits vers la réalisation en 2015 des Objectifs du millénaire pour le développement et la mise en œuvre des stratégies lancées contre le paludisme par l'OMS. Grâce à des mesures progressives, les pays Africains pourront par la suite se fixer l'objectif d'éliminer le paludisme et d'arrêter la transmission locale. Le programme a besoin d'être spécifique à chaque pays afin de s'occuper des problèmes comme il se doit, dans les délais nécessaires pour atteindre l'étape préparatoire de l'élimination. Ceci est l'instruction principale qu'il faut suivre pour se diriger du contrôle vers l'élimination du paludisme à travers un programme progressif.

a) Zones de forte Transmission (désigné par Groupe 1)

Dans la plupart des pays Africains, la transmission du paludisme est très élevée avec de forts taux de morbidités et de mortalités associés au paludisme. Bien que le Rapport de la Déclaration d'Abuja ait trouvé qu'un progrès considérable a été fait, l'état actuel de la couverture par des interventions contre le paludisme n'est pas encore prêt à produire l'impacte escompté en 2010. Les pays qui ne sont pas mentionnés ci-dessous (le reste de l'Afrique) sont considérés comme pays affectés par un taux de transmission élevé même si quelques-uns d'entre eux peuvent avoir dans leurs frontières, des zones qui ne souffrent pas de paludisme. Pour ces pays, la ligne directrice de la Campagne d'Élimination du Paludisme en Afrique est d'avoir une couverture universelle d'interventions prophylactiques et curatives contre le paludisme afin de réduire le poids du problème à un niveau où cela ne présentera plus un problème d'ordre de santé public. Les interventions consisteront en pulvérisation résiduelle d'intérieur (IRS), d'usage de matériels traités à l'insecticide (MTI), de traitement préventif intermittent (TPI), d'autres mesures de prévention relative, et diagnostic et de traitement (thérapies combinées) contre le paludisme avec un accès à tous à ces interventions. Un financement durable pour la mise en œuvre des mesures d'interventions et un plaidoyer pour la mobilisation sociale et communautaire pour une livraison et utilisation maintenue sont essentielles pour produire un impact. De plus, une forte surveillance et un système de renseignement sur la gestion sanitaire, des liens de collaboration forts et appropriés entre les pays et à travers les frontières sont essentiels pour atteindre la réduction de la charge. Une fois que cette étape est franchit, la durée duquel dépend sur les efforts et

les accomplissements de chaque pays, ce groupe de pays visera ensuite à progresser vers l'étape suivante qu'est la lutte pour l'élimination du paludisme.

b) Zones de Transmission Faible (désigné par Groupe 2)

L'intensité de la transmission et l'incidence du paludisme dans des pays tels que l'Algérie, le Botswana, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland, les Comores, le Cape Vert, Sao Tomé et Príncipe sont relativement faibles et sont des problèmes qui touchent ces pays que partiellement. Il y a eu des progrès dans l'accès aux mesures de luttés contre le paludisme, de même qu'il y a eu des résultats promettant sur la prévention et les efforts de contrôle menés contre le paludisme. Pour ces pays, la directive immédiate de la Stratégie contre le Paludisme en Afrique est de procéder du contrôle de paludisme à son élimination, en tant qu'une extension logique des nombreux succès que ces pays ont accompli au niveau du contrôle du paludisme. Ces pays devraient donc aborder la mise en place du programme de lutte contre le paludisme posément dirigé vers l'élimination. Ces programmes mêlent les efforts intensifs pour contrôler la maladie au niveau local à travers la mise en place de facilités basées sur la gestion des cas, le repérage actif des cas, les mesures de traitement, un grand système de surveillance et le contrôle des agents infectieux avec une collaboration extensive entre les pays pour l'examen de dépistage et la suivi des cas importants. Lors de l'étape progressive, ces pays viseront à ultérieurement conserver leur état de ne plus être touché par le paludisme.

c) La Transmission a été arrêtée (désigné par Groupe 3)

Les pays comme l'Égypte, la Libye, la Tunisie, l'île Maurice et les Seychelles ont connu l'arrêt de la transmission du paludisme. La politique de la Stratégie de lutte contre le paludisme pour eux sera donc la prévention du paludisme, la réintroduction et, éventuellement la certification de l'élimination du paludisme.

1.4 Cadre du Rapport et Méthodologie

Lors du Sommet d'Abuja qui a eu lieu en 2006, les Chefs d'Etats et de Gouvernements ont spécialement demandé à recevoir des rapports périodiques sur la situation de la réalisation de chaque pays, selon les zones du programme qui sont pertinents au sujet du paludisme comme citée ci-dessus, dans la section 1.2, les objectifs établis par les Déclarations d'Abuja, le plan stratégique de faire reculer le paludisme (RBM) et les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le rapport a été compilé à partir de rapports qui sont publiés ou inédits et qui ont été révisés, résumés et rédigés pour donner une vision générale de la situation dans la région. A chaque fois que possible, les données sont présentées sous forme de tableaux, de graphiques et de diagrammes pour permettre la comparaison transrégionale. Etant donné que quelques-uns des données sont basés sur des enquêtes, il n'a pas été possible d'avoir des données récents sur tous les pays car l'attention portait surtout sur les données des années 2005-2007 à l'exception d'une tendance d'analyser dans les pays avec deux points de données après l'an 2000.

2. Analyse de Situation

2.1 Leadership au niveau national, régional et continental

Depuis l'an 2000, tous les pays de la région ont établi des groupes de coordination pour le RBM et ont également développé des Plans Stratégiques contre le Paludisme (PSP) qui correspondent aux stratégies recommandées par l'OIS. A présent, 18 pays ont développé la deuxième génération des MSP ou bien sont entrain de les finaliser. Ces MSP ont été important pour indiquer et coordonner l'implication partenariale dans la lutte faite pour atteindre le contrôle du paludisme mais aussi pour la mobilisation des ressources du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria (FMSTM).

2.2 Mobilisation des Ressources

Les pays se sont engagés à augmenter le fond gouvernemental alloué pour le secteur de la santé. Vers 2004, les seuls gouvernements qui consacraient au moins 15% de la dépense gouvernementale sur la santé ont été le Burkina Faso 15.3 %, le Libéria 20.1%, le Malawi 28.8 % et le Ruanda 16.5%³. Le moyen régional est de 8.8 % alors que le moyen global est de 14.3% comme indiqué dans le tableau 2.

Depuis 2001, plusieurs initiatives ont été prises par le gouvernement pour augmenter le fond alloué pour le contrôle du paludisme et pour compléter les dépenses sanitaires et d'autres dispositions bilatérales et multilatérales ont été également prises dans chaque pays. Les principales initiatives de la subvention traditionnelle pour le contrôle du paludisme inclus les Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM), le Programme de la Banque Mondiale (WBB), l'Initiative du Président contre le Paludisme (IPP) et la Banque de Développement Islamique. La fondation Bill et Melinda Gates est un sponsor principal des recherches entrepris autour du paludisme dans l'objectif de développer ou d'améliorer les moyens de contrôle du paludisme.

Avec les tours 1-7, le fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) ont jusque là commis 23% de dons de ressources pour la lutte contre le paludisme⁴. A ce jour, 1.7 milliards de dollars ont été engagés par le fond pour le contrôle du paludisme en Afrique duquel 55% a été déboursé comme illustré dans le tableau 3.

³ OSI (2007) Statistiques de la Santé internationale.

⁴ <http://www.theglobalfund.org> (accès le 8 avril 2008)

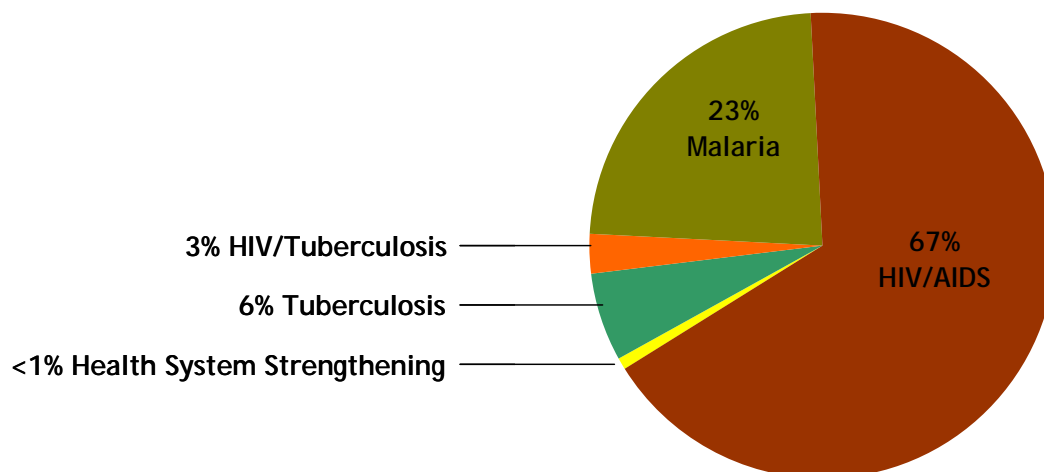


Fig 1: Répartition des fonds par GFATM pour les entités de maladies.

Source: www.theglobalfund.org

L'Initiative du Président contre le Paludisme (IPP) est un projet du gouvernement des Etats Unis qui a engagé 1.2 milliards de \$ américain pour le contrôle du paludisme dans 15 pays Africains qui sont largement affectés par cette maladie.

Le Programme de la Banque Mondiale (World Bank Booster Program) a affecté 500 millions de \$ américain pour la phase 1 à partir d'Octobre 2007. La Banque de Développement Islamique a lancé une initiative de lutte contre le paludisme, en y allouant 20 millions de \$ américain pour le contrôle du paludisme dans 3 pays en 2007.

Il est attendu qu'en 2007, environ 645 millions de \$ américain sera dépensé contre le paludisme en Afrique selon le tableau 1.

Tableau 1: Analyse des fonds disponibles pour le contrôle du paludisme en Afrique en 2007

Organisme	Montant	% du total
UNITAID	16,126,378	2%
Fond Mondial	284, 247,775	30%
Gouvernement National	183,752,784	20%
PMI/USAID	154,306,523	17%
Banque Mondiale	99,079,739	11%
Autres	191,853,866	20%
TOTAL	645,119,290	

Source: *Adapté de la politique de faire reculer le paludisme RBM (2007) Rapport sur le paludisme*

Plusieurs pays ont obtenus un soutien technique de l'Organisation Internationale de la Santé et des partenaires d'autres organismes qui sont impliqués dans la lutte engagée pour faire reculer le paludisme. Ces pays ont été impliqués dans le développement

d'une proposition car une proposition est une condition préalable pour avoir accès aux fonds mais aussi à la négociation de dons et la mise en œuvre d'un soutien.

Tableau 2: Dépenses Gouvernementales pour la Santé en 2004

Pays	Dépense Totale pour la santé en tant que % du PIB	Dépense Générale du gouvernement pour la santé en tant que % de la dépense totale pour la santé	Dépense Générale du gouvernement pour la santé en tant que % de la dépense totale gouvernementale	Ressources extérieures pour la santé en tant que % du total des dépenses pour la santé	Dépense du Gouvernement par personne pour la santé selon le taux international du dollar
Algérie	3.6	72.5	8.4	0	121
Angola	1.9	79.4	4.4	9.1	30
Bénin	4.9	51.2	9.8	10.2	21
Botswana	6.4	62.9	10.5	2.5	317
Burkina (-Faso)	6.1	54.8	15.3	26.8	42
Burundi	3.2	26.2	2.3	17.6	4
Cameroun	5.2	28	10.5	5.3	23
Cape Vert	5.2	75.8	12.3	20.7	171
République Centre Africaine	4.1	36.8	10.9	47.7	20
Tchad	4.2	36.9	9.5	7	15
Comores	2.8	56.9	8	18.3	14
Congo	2.5	49.2	4.4	3.6	15
Côte d'Ivoire	3.8	23.8	4.6	5	15
République Démocratique du Congo	4	28.1	7.3	19.1	4
Guinée-Equatoriale	1.6	77.1	7	3.8	172
Eritrée	4.5	39.2	4.2	59.6	11
Ethiopie	5.3	51.5	9.4	35.2	11
Gabon	4.5	68.8	13.9	1.3	182
Gambie	6.8	27.1	5.9	23	24
Ghana	6.7	42.2	8.4	29.9	40
Guinée	5.3	13.2	4.5	9.5	13
Guinée-Bissau	4.8	27.3	3.5	31.6	8
Kenya	4.1	42.7	8.2	18.3	37
Lesotho	6.5	84.2	13.4	8.7	117
Libéria	5.6	63.9	20.1	37.8	14
Madagascar	3	59.1	8.7	45.5	17
Malawi	12.9	74.7	28.8	59.4	43
Mali	6.6	49.2	12.8	13.8	27
Mauritanie	2.9	69.4	5.3	20.2	30
Maurice	4.3	54.7	9.8	1.4	282
Mozambique	4	68.4	9.1	55.9	29
Namibie	6.8	69	13.5	16.9	281
Niger	4.2	52.5	10.3	21.3	14
Nigéria	4.6	30.4	3.5	5.6	16
Rwanda	7.5	56.8	16.5	37.1	72
Sao Tomé et Principe	11.5	86.2	13.1	53.3	122
Sénégal	5.9	40.3	9.8	12.8	29
Seychelles	6.1	75.3	10.2	2.4	478
Sierra Leone	3.3	59	7.8	35.4	20
Afrique du Sud	8.6	40.4	10.8	0.5	302
Swaziland	6.3	63.8	11.2	9.5	234
Togo	5.5	20.7	6.9	8.9	13
Ouganda	7.6	32.7	10	25.2	44
République Unie de la Tanzanie	4	43.6	8.5	27.1	12
Zambie	6.3	54.7	12.8	36.3	34
Zimbabwe	7.5	46.1	8.9	13.1	64
AFRO	6	43.9	8.8	9.2	47
Global	8.7	55.9	14.3	0.3	434

Source: Adapté de l'OIS (2007) Statistiques de la Santé Mondiale

Tableau 3: Situation de la mise en œuvre des Fonds de subvention contre le paludisme mondial à partir du 31 mars 2008

Pays	Tour	Subvention de 2-ans (USD)	5-ans de subvention (USD)	Fonds Déboursés (USD)	2-ans % déboursés	5-ans % déboursés
Angola	3	35,029,872	35,029,872	31,273,309	89%	89%
	7	32,512,650	78,470,624	-	-	-
Bénin	1	2,973,150	2,973,150	2,955,032	99%	99%
	3	2,145,813	2,145,813	2,027,272	94%	94%
	7	14,652,196	24,490,417	-	-	-
Burkina(-Faso)	2	7,499,988	7,499,988	7,119,071	95%	95%
	7	19,093,226	41,432,214	-	-	-
Burundi	2	40,487,004	40,487,004	19,449,502	48%	48%
Cameroun	3	31,781,187	31,781,187	19,636,091	62%	62%
	5	15,862,047	26,993,635	3,249,624	20%	12%
République Centrafricaine	4	16,663,897	16,663,897	10,377,530	62%	62%
Comores	2	2,485,878	2,485,878	2,119,383	85%	85%
Côte d'Ivoire	6	10,987,490	21,066,500	4,325,690	39%	21%
République Démocratique du Congo	3	53,936,609	53,936,609	47,450,938	88%	88%
Guinée Equatoriale	5	12,906,111	25,999,072	7,283,488	56%	28%
Eritrée	2	7,911,425	7,911,425	5,883,769	74%	74%
	6	5,943,130	13,374,247	1,011,501	17%	8%
Ethiopie	2	73,875,211	73,875,211	70,599,857	96%	96%
	5	59,113,829	140,687,413	54,870,206	93%	39%
Gabon	4	9,348,388	9,348,388	8,616,322	92%	92%
	5	4,443,168	20,025,684	3,531,771	79%	18%
Gambie	3	13,861,866	13,861,866	10,389,134	75%	75%
	6	9,145,120	20,234,923	4,594,102	50%	23%
Ghana	2	8,849,491	8,849,491	8,729,474	99%	99%
	4	38,887,781	38,887,781	34,802,301	89%	89%
Guinée	2	6,893,509	6,893,509	5,125,461	74%	74%
	6	17,339,248	26,978,776	861,693	5%	3%
Guinée-Bissau	4	3,613,397	3,613,397	1,878,727	52%	52%
	6	3,438,484	12,816,656	267,735	8%	2%
Kenya	2	27,700,377	27,700,377	4,640,447	17%	17%
	4	81,749,756	186,096,553	57,138,768	70%	31%
Libéria	3	12,140,921	12,140,921	12,140,921	100%	100%
	7	12,695,907	37,380,198	-	-	-
Madagascar	1	2,000,063	2,000,063	2,000,063	100%	100%
	3	10,035,054	10,035,054	8,476,620	84%	84%
	4	41,140,706	41,140,706	38,920,730	95%	95%
	7	26,095,449	69,199,450	-	-	-
Malawi	2	37,631,810	37,631,810	17,957,714	48%	48%
	7	34,839,182	62,000,902	-	-	-
Mozambique	2	28,149,603	28,149,603	18,672,445	66%	66%
	6	25,591,825	36,747,308	5,794,450	23%	16%
Plusieurs pays africains (RMCC)	2	21,432,343	21,432,343	18,330,996	86%	86%
	5	6,501,141	21,232,348	5,336,245	82%	25%
Namibie	2	6,235,950	6,235,950	5,055,109	81%	81%

Pays	Tour	Subvention de 2-ans (USD)	5-ans de subvention (USD)	Fonds Déboursés (USD)	2-ans % déboursés	5-ans % déboursés
Nigéria	6	8,538,063	14,438,658	5,589,556	65%	39%
	2	20,994,149	20,994,149	20,241,784	96%	96%
	4	74,542,287	74,542,287	35,523,950	48%	48%
Rwanda	3	39,023,049	39,023,049	17,676,232	45%	45%
	5	39,649,362	39,649,362	28,140,771	71%	71%
Sao Tomé et Principe	4	3,484,859	3,484,859	2,453,215	70%	70%
	7	4,234,962	8,698,492	-	-	-
Sénégal	1	4,285,714	4,285,714	1,526,770	36%	36%
	4	28,778,260	28,778,260	21,725,500	75%	75%
	7	30,302,135	68,029,925	-	-	-
Sierra Leone	4	8,886,123	14,855,611	6,956,097	78%	47%
	7	10,011,250	26,108,640	-	-	-
Swaziland	2	1,820,500	1,820,500	1,137,515	62%	62%
Tanzanie	1	79,825,087	79,825,087	18,260,733	23%	23%
	4	76,086,764	76,086,764	54,201,787	71%	71%
	7	20,707,304	52,545,829	-	-	-
Togo	3	5,885,906	5,885,906	4,220,865	72%	72%
	4	10,694,981	10,694,981	5,541,215	52%	52%
	6	6,976,629	10,770,258	3,616,885	52%	34%
Uganda	2	23,211,300	23,211,300	21,054,781	91%	91%
	4	66,432,148	158,047,079	59,071,374	89%	37%
	7	51,422,198	125,571,990	-	-	-
Zambie	1	39,273,800	39,273,800	24,145,873	61%	61%
	4	43,495,326	43,495,326	22,460,576	52%	52%
	7	18,003,233	37,502,022	-	-	-
Zanzibar (Tanzanie)	1	1,153,080	1,153,080	1,153,080	100%	100%
	4	8,438,788	8,438,788	5,270,954	62%	62%
Zimbabwe	1	8,559,911	8,559,911	8,250,984	96%	96%
	5	20,121,670	28,491,009	6,798,371	34%	24%
TOTAL		1,690,460,090	2,462,200,849	937,912,359	55%	38%

Source: GFATM – <http://www.theglobalfund.org> (accédé le 8 Avril 2008)

2.4 Prévention, Traitement, Protection et Soutien

Suite à la Déclaration d'Abuja en 2000, plusieurs pays ont augmenté leurs utilisations des mesures de prévention et de contrôle contre le paludisme en faisant appel à de telles mesures que les Moustiquaires traitées à l'insecticide (ITN), et la pulvérisation résiduelle d'intérieur (IRS).

2.4.1 Moustiquaires traitées à l'Insecticide (ITN)

Pour augmenter l'accès aux interventions de contrôle contre le paludisme, 74% de pays ont réduit les taxes sur les produits anti-paludisme, 64% ont abandonné les taxes ou ont introduit une exemption sur les moustiquaires traitées à l'insecticide alors que près de la moitié des pays ont aboli les taxes et les tarifs sur les moustiquaires, et les matières de fabrication de filets et d'insecticides.

Depuis 2002, plusieurs pays ont donné la priorité à la montée progressive de l'utilisation des moustiquaires traitées à l'insecticide (ITN) en ciblant surtout les jeunes enfants et les femmes enceintes avec la mise à disposition de ces moustiquaires gratuitement ou hautement subventionnée.

En 2006-2007, plus de 33 millions d'ITN ont été distribués dans 22 pays, surtout à travers d'une intégration avec des campagnes d'immunisation et des services de protection de santé de la mère et de l'enfant. Par conséquent, il y a eu une augmentation spectaculaire dans la couverture des ITN dans environ 50% des pays. Par contre, l'utilisation des ITN au niveau des résidences/maison est invariablement moins élevée que la possession des ITN à cause d'une communication inadéquate sur l'usage maintenu des ITN. De plus, la distribution gratuite des ITN à travers les services courants d'EPI et de l'ANC reste toujours très faible.

A travers la région, 25% des maisons possèdent au moins un quelconque moustiquaire. Mais quelques pays comme la Guinée(-Bissau) 79%, le Congo 76%, et le Niger 69 % ont une plus grande couverture avec une moustiquaire quelconque. En ce qui concerne les moustiquaires traitées à l'insecticide (ITN), environ 12 % des maisons ont en au moins un. A la fin de l'année 2006, quelques pays comme le Ruanda 50%, la Gambie 50%, la Guinée (-Bissau) 44%, le Niger 43% et le Togo 40%⁵ avaient réussi à couvrir un taux élevé de région avec ITN.

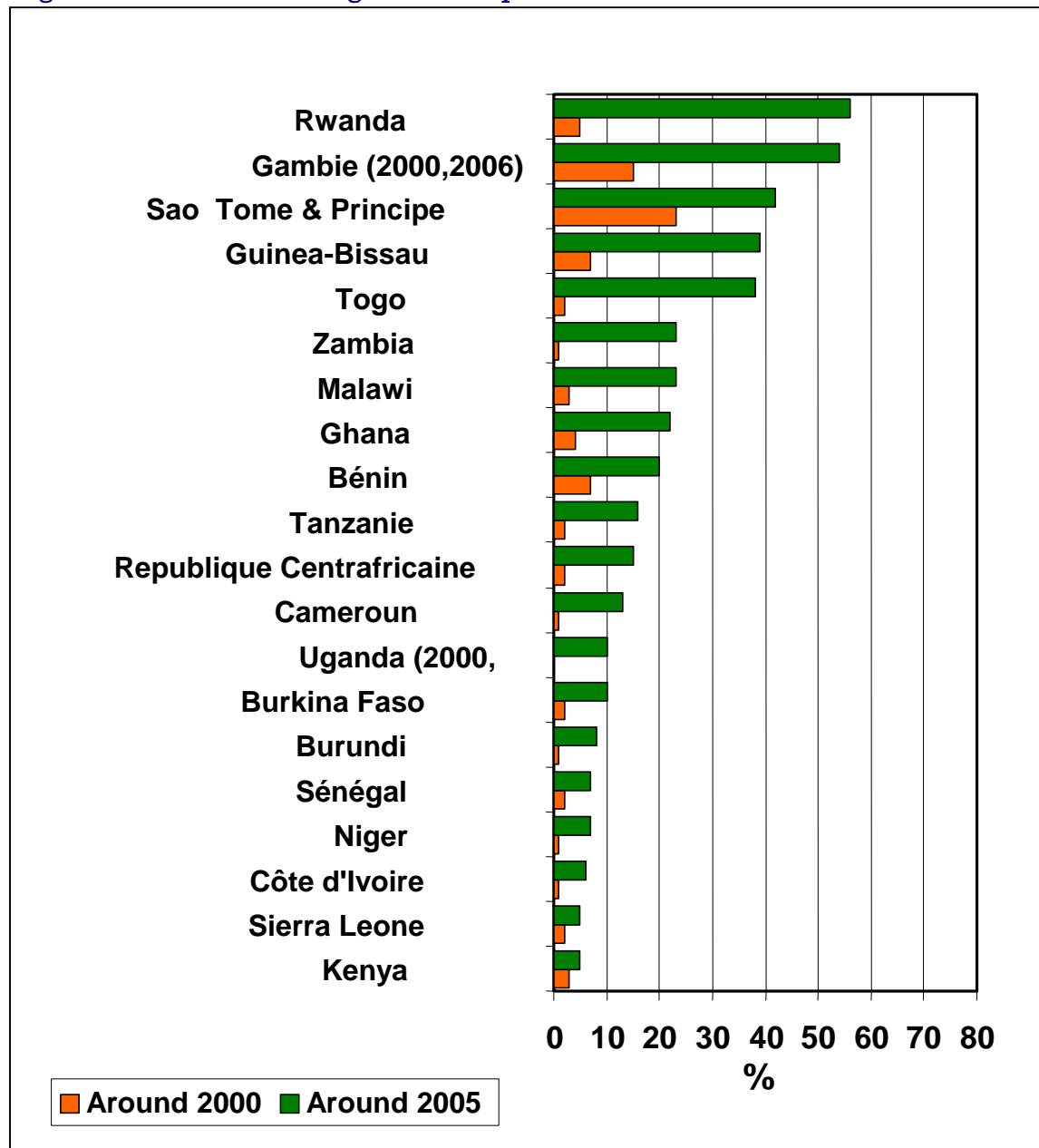
En moyenne, 8% des enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire traitée à l'insecticide. Tous les pays de la région africaine qui ont des données de la tendance de disponible montrent que l'utilisation des ITN parmi les enfants de moins de 5 ans a au moins triplé dans 19 pays depuis l'an 2000 comme le montre le croquis 2. L'utilisation de l'ITN par des enfants de moins de 5 ans en 2006-2007 avait dépassé les 40% au Ruanda, en Gambie, en Guinée (-Bissau), au Sao Tomé et Príncipe comme le montre le croquis 1.

Malgré ce progrès l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide (ITN) tombe toujours à court des objectifs régional et mondial.

L'utilisation des ITN par des femmes enceintes est primordiale dans l'intervention de prévention du paludisme. A travers la région, il est estimé que seulement 5% des femmes enceintes dorment sous un ITN. Quelques pays comme par exemple le Bénin 20%, le Ruanda 60%, l'Erythrée 50%, le Kenya 37% et le Malawi 15% possèdent des chiffres assez récents (2003-2007) et ces derniers montrent qu'ils ont réussi à intervenir sur un plus grand niveau en ce qui concerne l'ITN.

⁵ UNICEF & RBM (2007) *Le progrès du paludisme & des enfants dans un système de large Intervention.*

Fig 2. Tendances de l'usage des ITN par les enfants de moins de 5 ans dans 19 pays.



Source: Adapté de l'UNICEF & RBM (2007) Le progrès du paludisme & des enfants dans un système de large Intervention. Données supplémentaires pris de rapport inédits MIS.

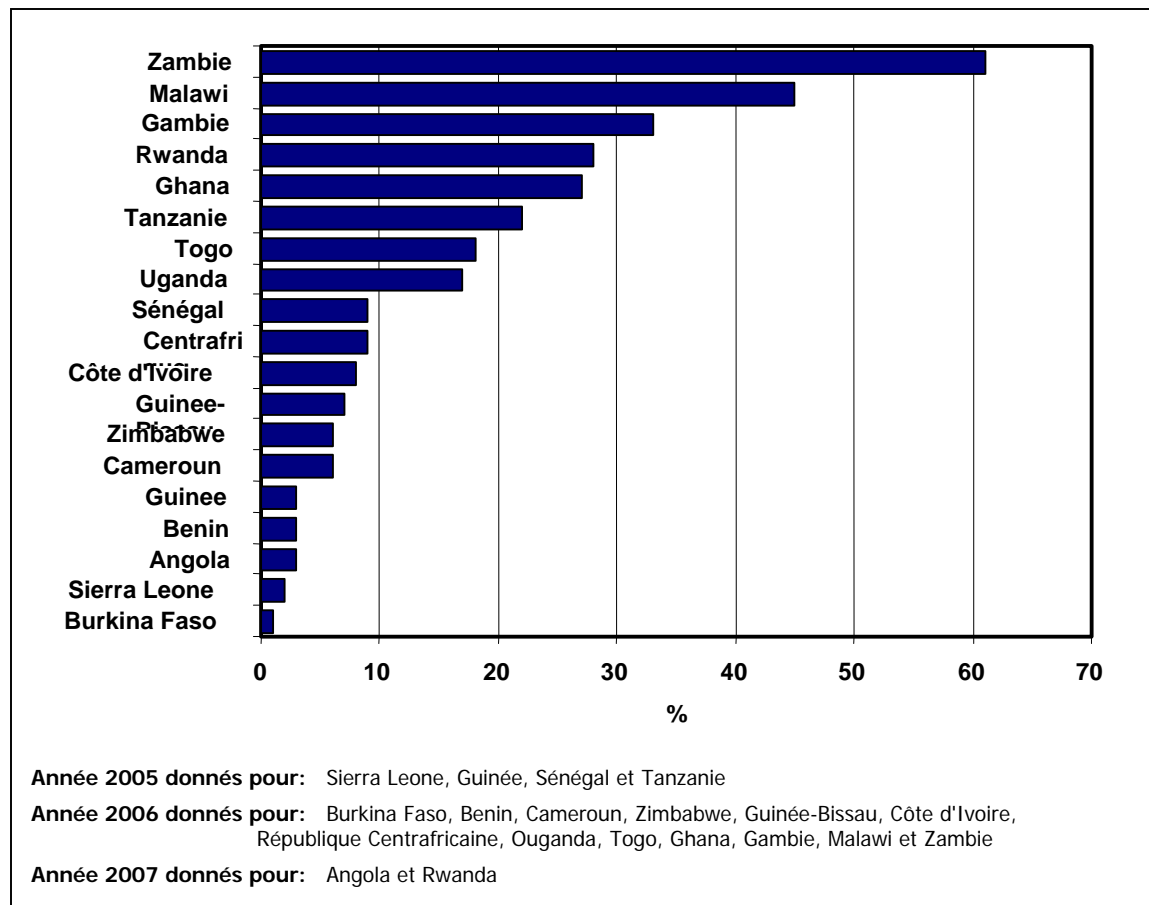
2.4.2 Traitement Préventif Intermittent contre le paludisme lors de la grossesse

Le traitement Préventif du paludisme pendant la grossesse par l'usage d'au moins 2 doses de SP est une façon sûre et efficace pour protéger du paludisme aussi bien la mère que son bébé qui n'est pas encore né. A la fin de 2007, tous les 35 pays où l' IPTp était conseillé avaient réussi à adopter cette politique et seulement 20 pays l'avaient effectué au niveau du pays en général mais le reste des autres pays l'avait exécuté sur une échelle plus limitée. La couverture des régions avec IPT est restée faible dans la plupart des pays qui ont des données récentes et qui n'ont couvert que moins de 10%.

Pourtant, quelques pays comme la Zambie 61%, le Malawi 45% et la Gambie 33% ont obtenu une grande couverture d'IPT essentiellement parce qu'ils ont adopté la politique, très en amont, comme indiqué par la figure 2⁶.

Le potentiel d'augmenter proportionnellement IPT dans les pays endémiques au paludisme est très lié à la couverture et la qualité du programme de consultation avant l'accouchement (ANC) puisque les 2 doses sont la plupart du temps administrées pendant la période pré natale ANC à savoir pendant la seconde et le troisième trimestre de la grossesse. Dans la région africaine, plus des deux-tiers des femmes enceintes ont été suivies au moins une fois par un personnel médical qualifié pendant la durée de leur grossesse. Mais, très peu d'entre elles consultent ANC jusqu'à 4 fois, comme il se doit, recommandé par l'OIS tandis que d'autres arrivent trop tard pour leurs deux doses. Par exemple, en Ouganda (2001) tandis que plus de 92% de femmes enceintes ont fait appel à l'ANC au moins une fois, seulement 42% y sont allés jusqu'à 4 fois en consultation alors qu'au Kenya (2003) les chiffres étaient 88% et 52% respectivement.

Figure 3: Couverture de l'IPT dans quelques pays de sélection 2005-2007.



⁶ UNICEF & RBM (2007) Progrès du paludisme et des enfants sur les zone d'intervention.

2.4.3 Couverture de Traitement

Depuis 1998, la plupart des pays sous régional ont établi des postes sentinelles pour le contrôle de l'efficacité des médicaments. Basé sur les résultats, tous les pays sauf le Swaziland et l'Algérie ont revu leurs politiques de traitement contre le paludisme et ont adopté le TAC en tant que directive de traitement de première importance contre le paludisme.

A la fin de l'année 2007, 25 pays en mis en action une politique de traitement TAC avec 20 d'entre eux qui le font au niveau du pays en général⁷. La disponibilité des fonds de GFATM et d'autres initiatives de subvention ont permis aux pays à mettre en œuvre les nouvelles politiques de traitement. Le changement de politique de la chloroquine au TAC pour le traitement du paludisme a ralenti la mise en place de la gestion du paludisme au niveau de la maison (HMM). A la fin de l'année 2007, aucun des pays n'a mis en œuvre l'utilisation de TAC dans la gestion du paludisme à la maison sauf dans quelques projets pilotes.

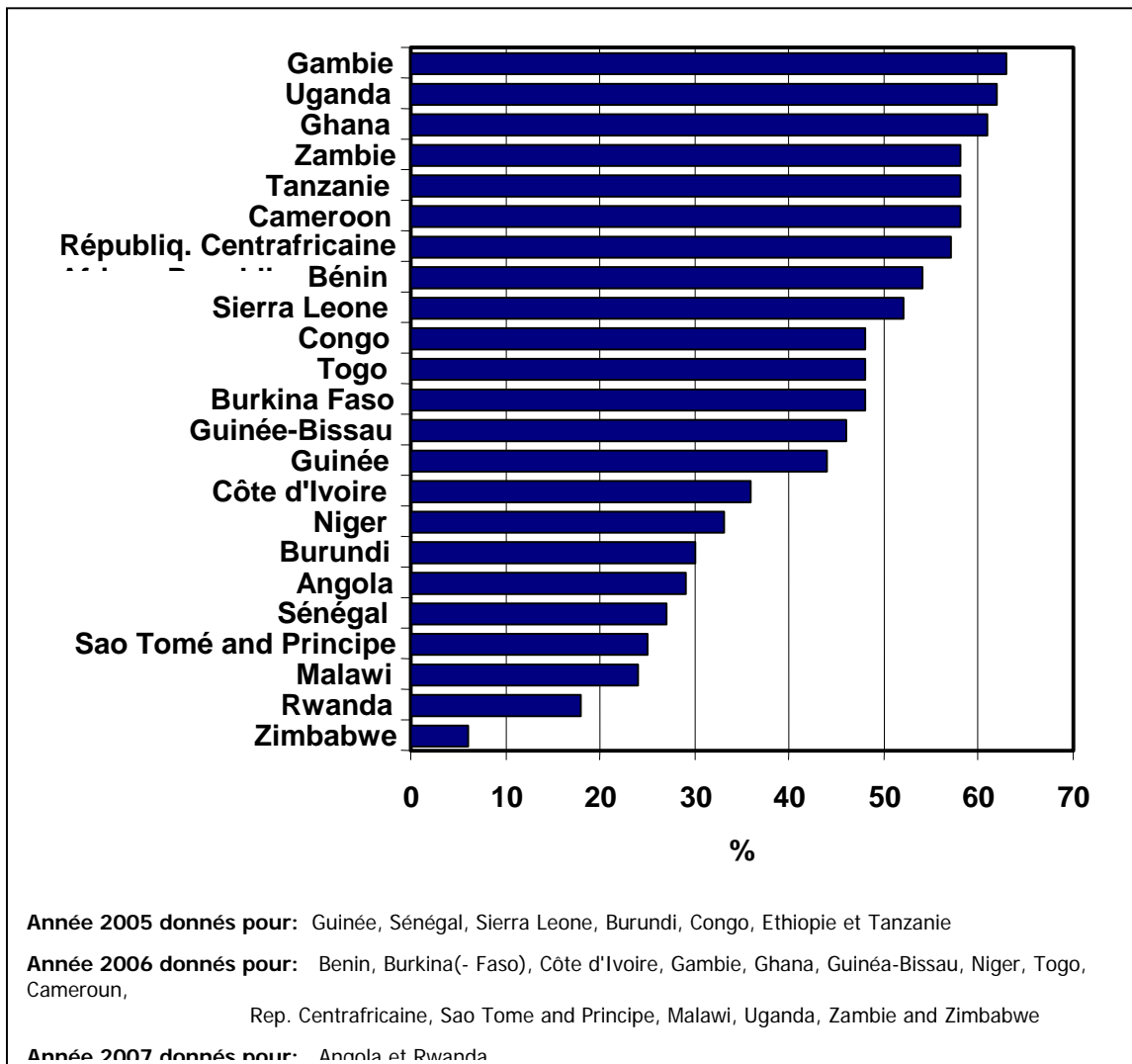
Dans toutes les régions, 34% des enfants qui ont la fièvre reçoivent un des traitements de lutte contre le paludisme. Dans les pays qui possèdent les données des années 2005-2006, l'accès à tous les médicaments contre le paludisme allait de 5% à 62% comme présenté sur la figure 2. Lors des mêmes enquêtes, une estimation a été faite que 52% en Gambie, 51% en Tanzanie, 48% au Ghana et 45% au Sierra Leone recevaient des traitements contre le paludisme dans les 24 heures qui suivent le déclenchement des symptômes. Même si quelques pays ont pu atteindre les objectifs établit à Abuja, la plupart de ces traitements ont été entrepris à l'aide de la chloroquine et d'autres médicaments qui ne sont que moins efficaces⁸.

Dans les 14 pays qui ont des données récentes et qui ont adopté la politique de TAC, la proportion médiane des enfants de moins de cinq ans et ayant la fièvre et qui reçoivent la thérapie artémisinine combinée (TAC) été de 2% seulement (entre ≤ 1 à 13). Les principales contraintes associées à l'augmentation proportionnelle du TAC dans ces pays sont d'ordre financier puisque les médicaments sont plus chers et soumis à des chaînes de gestion d'infrastructure inadéquates.

⁷ Rapports de l'OSI.

⁸ UNICEF & RBM (2007) *UNICEF & RBM (2007) Progrès du paludisme et des enfants sur les zone d'intervention.*

Figure 4: Accès aux médicaments contre le paludisme pour les enfants fiévreux en 2005-2007.



Plusieurs pays ont adopté la Pulvérisation Résiduelle d'Intérieur (IRS) en tant que stratégie de contrôle de paludisme, tandis que d'autres ont élargi les programmes existants.

A la fin de l'année 2007, parmi les 42 pays endémiques au paludisme dans la région Africaine de l'OIS 25 avaient inclus l'IRS dans leur stratégie nationale de contrôle du paludisme, comme démontré dans la Fig. 4. Parmi ces pays, 17 appliquent systématiquement IRS en tant qu'une méthode principale d'intervention pour contrôler

⁹ WHO/AFRO (2007) Overview of the Implementation of Indoor Residual Spraying of Insecticides for Malaria Control in the WHO African Region 2006 - 2007

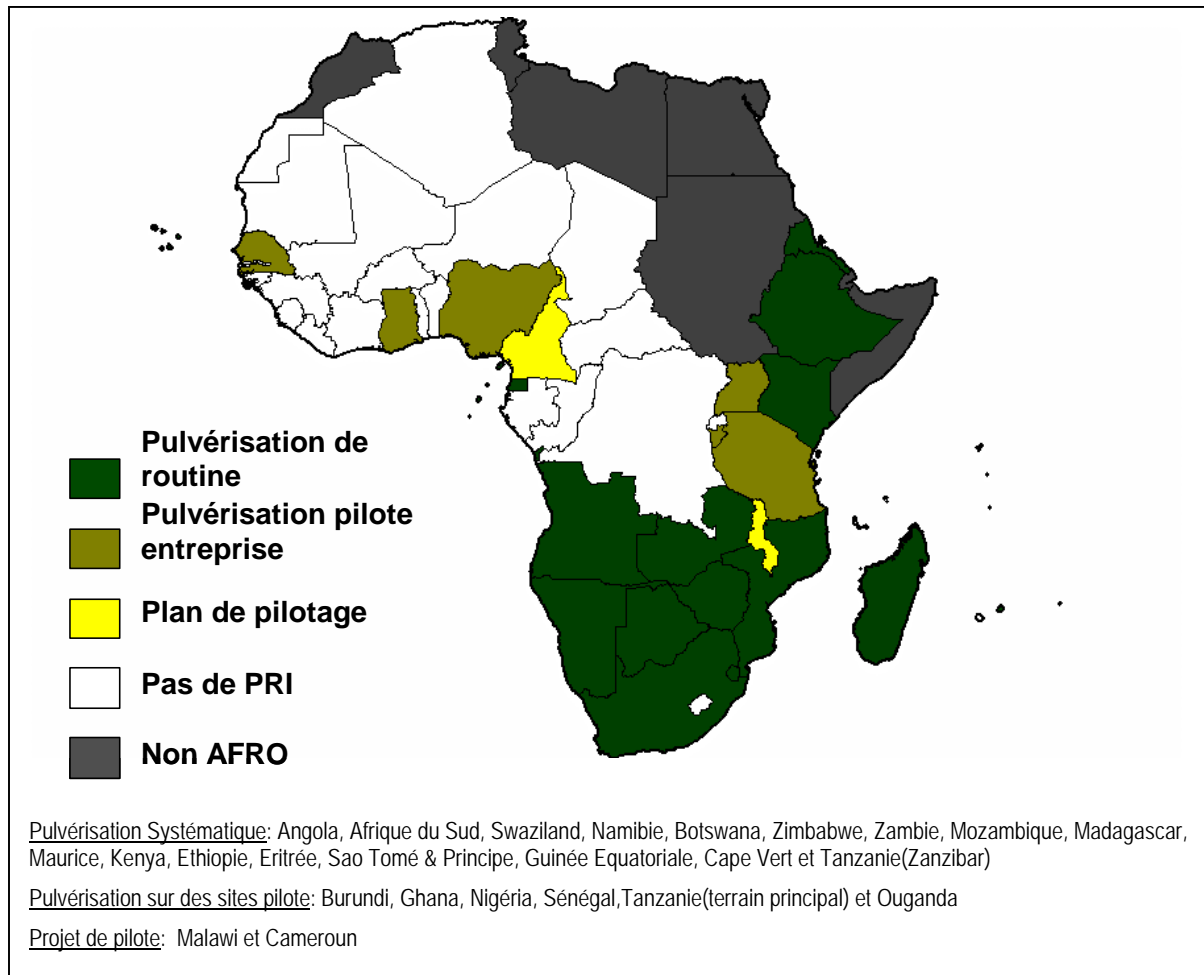
l'expansion du paludisme; six mènent une étude sur l'IRS sous forme de projet pilote entrepris sur quelques régions, tandis que 2 ont prévu une mise en œuvre pilote en vue d'une augmentation progressive. Au Botswana, au Cape Vert, en Erythrée, en Ethiopie, au Kenya, au Madagascar, à Maurice, au Namibie, en Afrique du Sud, au Swaziland et au Zimbabwe, IRS est utilisé systématiquement comme moyen de prévention et de contrôle de l'épidémie du paludisme. En Guinée Equatoriale, au Mozambique, au Sao Tomé & Príncipe, en Tanzanie (Zanzibar) et en Zambie, l'IRS est appliqué surtout sur les zones de forte transmission persistante de paludisme. A l'exception de la pratique en Guinée Equatoriale, quelques pays comme l'Ethiopie, l'initiative Lubombo Développement Spatiale (LSDI) et le Zanzibar mènent des campagnes de l'IRS une fois par an. Au Ghana, une compagnie d'exploitation de mine a introduit l'idée de l'IRS afin de protéger toute la municipalité où habite son personnel employé

En 2006-2007, pour la saison du paludisme, un total d'environ 5 millions unités/structures ont été pulvérisés en utilisant de différents types d'insecticides. Le moyen de la couverture d'opération¹⁰ dans les endroits ciblés a été 83% allant de 16% au Kenya à 98% au Madagascar. Un total d'environ 21 millions de personnes a été ainsi protégé (voire tableau 2. Une réduction des cas des maladies et des décès associés au paludisme a été documentée dans des pays qui utilisent IRS comme le Botswana, la Guinée Equatorial, l'Erythrée, le Madagascar (dans les zones ciblées par IRS), Maurice, l'Afrique du Sud, le Swaziland et la Tanzanie (Zanzibar), où les programmes d'IRS sont généralement bien fournis en matière technique et financière.

Même si en Afrique endémique au paludisme il y a un intérêt marqué à vouloir augmenter proportionnellement l'usage de l'IRS, il y a plusieurs défis à surmonter avant de pouvoir mettre en place une augmentation totale. Dans la plupart des pays qui ont su adopter l'IRS, il y a une capacité technique limitée qui empêche une mise en place de gestion effective et efficace de ces programmes. Pour que la région Africaine puisse bénéficier d'une augmentation progressive remarquable du program IRS, elle a besoin d'un pouvoir d'investissement considérable et durable.

¹⁰ Nombre de structure actuelle pulvérisée en réalité en comparaison au nombre qui figurait sur le plan des structures qu'il fallait pulvériser

Fig 5: Condition de Pulvérisation résiduelle d'intérieur NTP dans les régions Africaines du OIS, 2007



Adapté de l'OIS/AFRO (2007) Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la pulvérisation résiduelle d'intérieur en faveur du control du paludisme dans les Régions Africaines de l'OIS 2006 - 2007

Tableau 3: Résumé de profil des pays qui appliquent l'IRS, 2006-2007 saisons de paludisme

Pays	Population Total (million)	Population en danger (million)	Population protégé (million)	Couverture Moyenne de l'opération (%) [1]
Angola	15.4	15.4	0.65	95
Botswana	1.7	0.7	0.43	73
Burundi	7	6.6	0.098	96.5
Cape Verde	0.23	0.23	--	--
Eritrée	3.6	2.4	0.2	93
Ethiopie	73	50	5.98	87.2
Guinée Equatoriale	0.5	0.5	--	60
Ghana	21.5	21.5	0.23	--
Kenya	32	22	0.55	16
Madagascar	18	18	1.25	98
Maurice [2]	1.2	--	--	--
Mozambique	19	19	5.7	91
Namibie	2	0.7	0.4	86
Sao Tomé & Príncipe	0.15	0.15	0.14	87
Afrique du Sud	45	4.5	4	83
Swaziland	1	0.5	0.4 (80% of at risk)	93
Tanzanie/pays principal	33	32	--	--
Tanzanie/Zanzibar	1.2	1.2	1.02	96
Uganda	26	24.7	0.49	96
Zambie	11	11	0.77(40% of at risk)	84
Zimbabwe	12	5.5	2.2 (68% of at risk)	82

Source: *Vue d'ensemble de la mise en œuvre de la pulvérisation résiduelle d'intérieur en faveur du contrôle du paludisme dans les Régions Africaines de l'OIS 2006 - 2007*

2.5 Accès à des médicaments et des technologies de traitements abordables

Dans le monde entier, la thérapie artémisinine combinée (TAC) est le traitement le plus recommandé contre un paludisme pas très sévère. Par conséquent, tous sauf 2 pays en AFRO ont adopté cette politique. Comme mentionné ci-haut, il y a toujours un écart entre l'adoption de la politique et la mise en pratique à cause du coût des médicaments, de la faible possibilité d'obtention des médicaments et des systèmes d'approvisionnement, etc.

Depuis 2003, il y a eu une hausse de la production et de l'approvisionnement en thérapie artémisinine combinée.

De plus, des initiatives de subvention comme le Fond Mondial, le PMI, Le Program Booster de la Banque Mondiale et l'UNITAID ont fourni des fonds à des pays afin qu'ils puissent mettre en place ces politiques de TAC. Par conséquent, il y a une augmentation spectaculaire dans l'approvisionnement du TAC dans le monde. Alors que 3, 000,000 TAC de doses seulement ont été fourni en 2003, en 2006 plus de 100, 000,000 doses ont été fournis au niveau mondial.

Le fait de faciliter l'accès de tous aux soins médicaux abordables contre le paludisme (AMFm) a été établi dans le but de diminuer le coût du TAC. Cet effort garanti également que les monothérapies Artemisia ne sont plus utilisées pour réduire le danger d'un développement rapide de la résistance contre la thérapie. Environ 4 TAC sont en cours de réalisation pour être lancés dans les plus brefs délais.

Pour assurer la mise à disposition de TAC durable, la production d'Artemisia, la matière première pour la production du TAC a été augmentée dans plusieurs pays africains impliqués dans la culture de l'*Artemisia annua*.

Pendant les 5 dernières années, des moustiquaires traitées de plusieurs sortes d'insecticides à effets durables (LLINs) ont été mises sur le marché. La provision en matière de LLINs élimine la nécessité d'un retraitement des moustiquaires pour maintenir leur efficacité. LLINs ne demande pas de retraitement pendant la durée de vie de la moustiquaire garantissant ainsi l'efficacité durable du produit. Les initiatives de subvention mentionnée ci-dessus ont procuré un fort degré d'importance aux ITN pendant les 3 dernières années rien qu'en insistant sur la nécessité de l'achat de ces produits LLIN.

Depuis 2004, la production mondiale des ITN a doublé pour passer de 30 millions en 2004 à 63 millions en 2006¹¹. Cette augmentation de la production des ITN ajoutée à la disponibilité des ressources et du développement de nouvelles canalisations de distribution a emmené la hausse du nombre des moustiquaires obtenus et distribués aux utilisateurs. La plupart des moustiquaires sont distribuées gratuitement aux utilisateurs tandis que d'autres sont hautement subventionnées pour assurer un accès plus équitable aux ITN.

Il y a cependant plusieurs défis dans le fait de prévenir la demande et dans le fait d'assurer l'échange d'informations à jour entre les producteurs, les fournisseurs et les consommateurs. Si ces facteurs ne sont pas bien abordés, il risque d'y avoir un manque de provision d'ACT à l'avenir.

2.6 Recherches et Développement

MOH a établi des mécanismes pour le développement et la coordination d'un agenda de recherche prioritaire. Il y a une collaboration continue entre TDR et d'autres initiatives de recherche comme par exemple, l'initiative de vaccin contre le paludisme (MVI), et le Projet des Médicaments contre le Paludisme (MMV) qui sont tous les deux soutenus par la Fondation Bill et Melinda Gates afin d'améliorer la mise en œuvre et le développement de nouvelles technologies.

2.7 Partenariats et Rôle de Conseil

Le partenariat établi pour faire reculer le paludisme (RBM) a été lancé en 1998. Pour cela, tous les pays de la région africaine ont formé un partenariat au niveau du pays.

¹¹ UNICEF & RBM (2007) Malaria & children progress in Intervention coverage.

De plus, des réseaux de partenariats sous-régional du RBM (SRNs) ont été établis pour mettre ensemble tous les partenaires primordiaux existant dans la sous-régions afin de consolider le soutien accordé en faveur du contrôle du paludisme dans les pays respectifs. Les SRN existent en Afrique de L'Est (EARN), en Afrique de l'Ouest (WARN), en Afrique Centrale (CARN) et en Afrique du Sud (SARN).

Depuis 2000, le 25 avril a été commémoré en tant que la journée du paludisme africain. Des événements régionaux ont eu lieu dans tous les pays sous régionaux et au niveau de chaque pays respectif. La commémoration de la journée du paludisme Africain a permis une grande visibilité au problème du paludisme et l'a mis à l'ordre du jour dans plusieurs pays. En 2006, l'Assemblée Mondiale de la Santé a convenu de commémorer la Journée Mondiale du Paludisme qui correspond à la date de la Journée Africaine du Paludisme.

Les Chefs d'Etats et de Gouvernements ont tenu un sommet exceptionnel à l'Union Africaine sur les thèmes de la lutte contre le VIH /SIDA, la Tuberculose et le paludisme et pour cela ils ont été soutenus par l'OMS qui été également un des principaux catalyseurs lors de l'appel à l'accès de tous aux soins médicaux abordables. Ces derniers sont également crédités pour les succès obtenus. La collaboration entre OMS et les sponsors/partenaires essentiels des initiatives ont permis aux pays d'avoir accès à des fonds supplémentaires. Une des contraintes majeures est la capacité limitée de gestion au niveau d'un pays qui mène à un faible taux d'absorption et à un manque de capacité à pouvoir solliciter plus de fonds.

2.8 Contrôle, Evaluation et Rapport

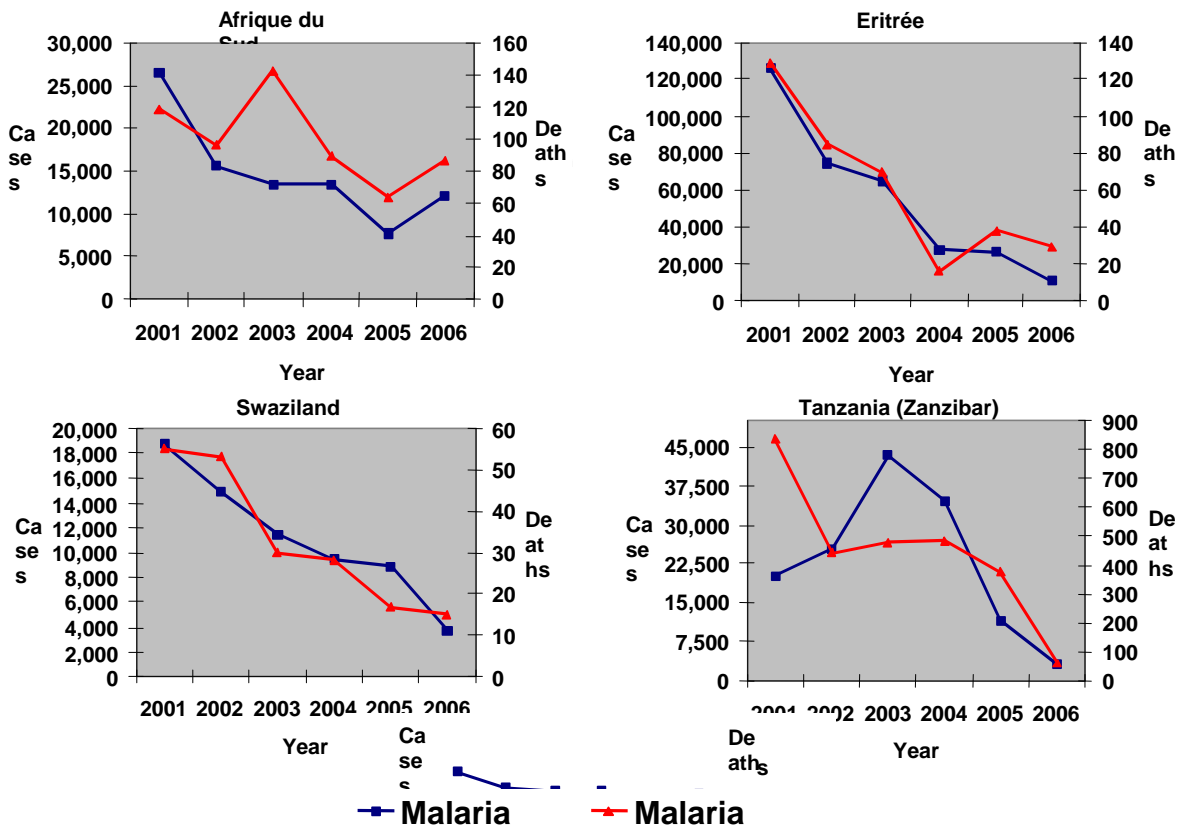
NMCPs a besoin d'un système précis, pertinent et efficace de contrôle et d'évaluation pour marquer un progrès vers l'accomplissement des objectifs établis. Tous les pays sous régionaux ont un HMIS pratique; alors que d'autres mettent en place l'IDSR et ont régulièrement des enquêtes de DHS, MICS ou MIS qui fournissent des renseignements sur la couverture de l'intervention au niveau des maisons. Les données recueillies d'une étude entreprise sur plus de 25 maisons en 2005-2007 a été le sujet de discussion dans une autre partie de ce rapport.

Les données de l'HMIS et du IDSR, même si disponibles au niveau du pays, ne sont pas toujours soumise à temps sous forme d'un rapport ou ils restent parfois même inutilisés. Les données ont donc besoin d'être communiqué au moment propice et d'être le plus complet que possible afin qu'ils puissent servir pour la décision des actions à prendre. Par exemple, pouvoir fournir un rapport complet et exact sur la morbidité et la mortalité du paludisme reste un défi en Afrique. Les rapports reçus des pays en 2005 montrent une variation d'exactitude et d'exhaustivité de 40% à 99% avec une médiane de 68%. Ce niveau d'exhaustivité joue un rôle lors de l'analyse des résultats.¹² Par exemple, le nombre des pays qui font le rapport pour notifier des cas de paludisme à l'OIS a diminué spectaculairement pendant des années à chaque fois que les données étaient sollicitées des pays par les régions pour pouvoir compiler un rapport périodique.

¹² WHO/AFRO 2006 Africa Malaria Report 2006.

Interpréter les tendances des incidences du paludisme et des mortalités qui y sont associés en utilisant les données disponibles est difficile parce que les rapports ne sont guère complets, ils ne respectent pas non plus le format standardisé d'un rapport et se fient trop sur les diagnostic clinique. Mais, il y a quand même quelques pays qui ont réussi à atteindre une augmentation progressive grâce à leurs interventions et qui on une façon plus tenue et complète de faire les rapports comme l'Erythrée, le Kenya, le Ruanda, le Sao Tomé et Príncipe, l'Afrique du Sud, le Swaziland et le Zanzibar ainsi que la République Unie de la Tanzanie. Dans ces pays, il y a eu une baisse remarquable des cas de paludisme et de mortalité associé sur le plan de la santé, comme présenté dans le croquis 6.

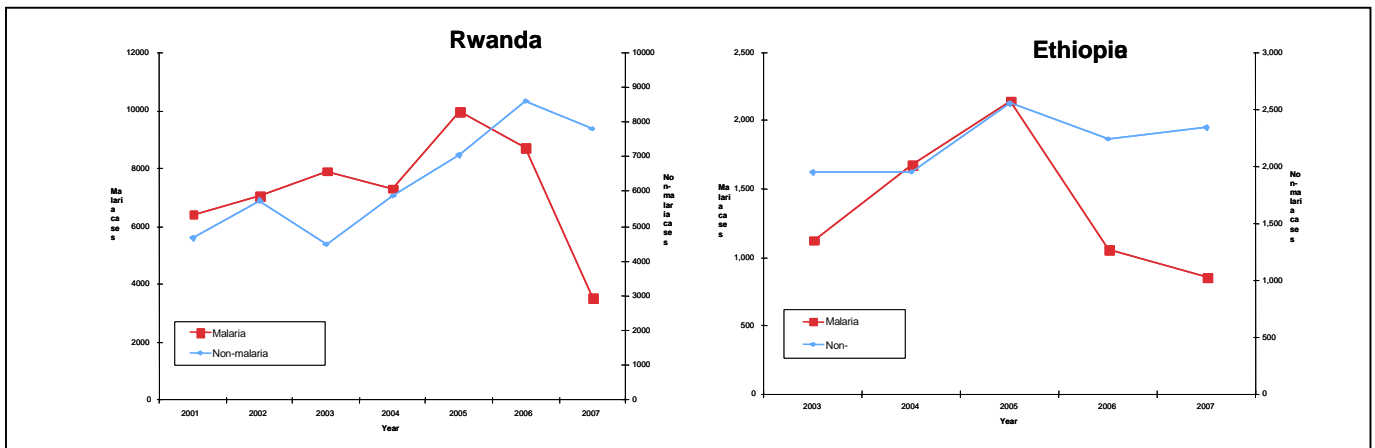
Figure 6: Exemples des pays qui ont connu une baisse des cas de paludisme au niveau de la santé national 2001 - 2006



Source: Rapports de différents pays envoyés à l'OIS.

Pour évaluer l'impacte des activités des Fonds Mondiales, les évaluations prises en tant qu'échantillon des mesures prises en Ethiopie et au Ruanda montrent qu'il y a une remarquable baisse des cas de paludisme et de mortalité ce qui pourrait être attribués à une augmentation progressive des ITN et des TAC comme présenté ci-dessous.

Figure 7: Cas de paludisme comparé à d'autres cas en dehors du paludisme dans des programmes de facilité de santé sélective au Rwanda et en Ethiopie.



Source: WHO/GMP Global fund Success Stories 2007.

2.9 Mise en œuvre au niveau national

La plupart des pays de la région africaine font recours à l'accès universel des mesures de prévention et de contrôle contre le danger du paludisme. De plus en plus, les pays mettent en place un programme complet de plusieurs sortes d'interventions dans le même endroit pour plus d'impacte.

L'élimination du paludisme a fait objet de plusieurs amples discussions au sein de l'Union Africaine. Beaucoup reste à faire avant que les pays soient prêts pour procéder à l'élimination.

Le principe des "Trois unes" a été adopté dans plusieurs pays. Même si tous les pays possèdent des plans stratégiques mis à jour, contre le paludisme, et des mécanismes de coordination entre les pays, seulement moins de 5 ont un plan complet ainsi qu'un plan de contrôle et d'évaluation du paludisme.

3.0 Conclusions et Recommendations

3.1 Conclusions

Les états membres ont dégagé des progrès mitigés vers la réalisation des objectifs tels qu'établis à Abuja en 2000, 2001, et 2006 ainsi que ceux pour faire reculer le paludisme et les OMD. Une dévotion remarquable à la politique de stratégie contre la propagation du paludisme, une utilisation des meilleurs politiques et un plus grand financement alloué pour le contrôle du paludisme par le gouvernement, les organismes de développement et les initiatives de financement ont été également bien notées. Néanmoins, peu de gouvernements ont réussi à atteindre l'objectif de consacrer au moins 15% des dépenses gouvernementales pour le secteur de la santé. Malgré ce fait,

la couverture des interventions en matière de contrôle de la malaria a subi une augmentation sensible dans plusieurs pays africains. Malgré ces résultats louables, il reste néanmoins beaucoup à faire afin que les résultats escomptés soient atteints. A présent, très peu de ces pays ont la probabilité de pouvoir atteindre RBM, les objectifs établis à Abuja ou ceux stipulés par l'OMD. Un gros problème qui empêche la réalisation de ses objectifs a été un faible système de gestion sanitaire caractérisé par une ressource humaine faible, une infrastructure faible et l'échec dans l'établissement et la mise en place d'un program complet d'interventions dans les mêmes régions pour plus d'impacte. Il est important cependant de noter que quelques rares pays africains ne subissent pas le fardeau du paludisme. Ils se doivent néanmoins d'être vigilant car le paludisme peut aisément être ré-introduit ou importé d'autre pays limitrophe.

3.2 Recommendations.

Les recommandations suivantes sont ont été proposées pour mise en œuvre au niveau des Etats membres:

- i. Les pays devraient augmenter le soutien financier alloué au secteur de la santé et plus particulièrement en vue de la prévention et l'élimination du paludisme.
- ii. Des partenariats au niveau des pays devraient être renforcés et coordonnés de manière judicieuse, en vue de maximiser l'utilisation des ressources tout en évitant les duplications.
- iii. Un système d'investissement doit être mis en place pour renforcer le système de gestion sanitaire sans lequel l'augmentation progressive du contrôle du paludisme ne serait pas réalisable.
- iv. Expansion de l'accès au TAC, ITNs et autres interventions de contrôle contre le paludisme pour tous les pays qui sont en danger de propagation du paludisme.
- v. L'acquisition d'équipement ainsi que l'infrastructure de gestion des chaines d'approvisionnement devront être renforcés pour améliorer l'accès aux services de contrôle de la malaria et les services de prévention.
- vi. Pour contrôler les progrès en matière de contrôle, et prévenir une réintroduction éventuelle, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de surveillance, de suivi, d'évaluation et de compte-rendus des activités réalisées.

Au niveau de l'Union africaine

- Mettre en œuvre, de manière effective, le Plan stratégique de la Commission de l'Union africaine sur le VIH/SIDA ainsi que le cadre stratégique AWA 2005 – 2007 ;

- Promouvoir l'intégration régionale et la collaboration dans les secteurs du contrôle des endémies ;
- S'assurer que le VIH/SIDA, la tuberculose, et la Malaria ont été effectivement pris en compte dans la Stratégie Santé du NEPAD ;
- S'assurer que les activités de prévention de la Malaria ainsi que de son contrôle soient accélérés dans le but de l'éradiquer du continent africain d'ici l'année 2010, en utilisant toute les stratégies de contrôle disponibles.
- Coordonner, dans un cadre de partenariat avec la société civile et le secteur privé, la mise en œuvre effective de l'Appel d'Abuja, et en faire rapport à l'Assemblée générale de l'Union africaine, de manière annuelle.

Les Communautés économiques régionales ainsi que les Organisations régionales oeuvrant en matière de santé sont exhortés à'engager dans les activités suivantes :

- Intensifier la mise en œuvre des initiatives entre pays africains ainsi qu'avec pays africains limitrophes en matière de santé;
- Coordonner les efforts entre pays et apporter le support nécessaire aux états membres ;
- Mobiliser les ressources pour les programmes ayant trait au VIH/SIDA, la tuberculose, et la malaria dans les régions africaines concernées ;
- Faire rapport à la Conférence des Ministres, à travers la Commission de l'Union africaine, sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de cet Appel ;
- Accélérer la prévention et le contrôle de la malaria, apprendre des expériences positives en la matière sur le continent dans le but d'éradiquer la malaria en Afrique à travers l'usage des stratégies de contrôle disponibles incluant la pulvérisation résiduelle d'intérieur, l'usage des moustiquaires traitées aux insecticides, la thérapie combinée à l'artémisinine (TCA) et la thérapie préventive intermittente ;

Les agences du système des nations – unies ainsi que les partenaires au développement sont exhortés à :

- Continuer leurs efforts de développement et d'assistance des cadres et mécanismes complets pour mettre en place des partenariats bien articulés, particulièrement dans les secteurs publiques et privés, la société civile, les partenaires au niveau régional et international incluant les bailleurs de fonds, de manière à promouvoir l'accès universel à la prévention, le traitement, et l'accès aux soins et assistance en matière de VIH/SIDA, de tuberculose et de paludisme.

Références

1. WHO/AFRO (2007) *Overview of the Implementation of Indoor Residual Spraying of Insecticides for Malaria Control in the WHO African Region 2006 – 2007*
2. WHO/GMP (2007) *Global fund Success Stories in selected countries.*
3. UNICEF & RBM (2007) *Malaria & children progress in Intervention coverage.*
4. RBM (2007) *Malaria Landscape Report*
5. WHO (2007) *World Health Statistics 2007*
6. WHO/AFRO (2006) *Africa Malaria Report*
7. WHO (2005) *World Malaria Report 2005*
8. African Union (2006) *Progress Report on the implementation of the plans of action of the Abuja declarations on malaria (2000), HIV/AIDS and Tuberculosis (2001).*
9. African Union (2007) *Report of the third ordinary session of the African Union conference of Ministers of Health.*
10. *Sommet exceptionnel de l'Union africaine sur le thème du VIH / SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (ATM). Abuja, Nigeria. 2-4 Mai, 2006. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3*
11. *Abuja Call for Accelerated Action towards Universal Access to HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria services in Africa. Sp/Assembly/ATM/2(I). Rev 3*

**ANNEX I: CURRENT STATUS IN AND GAP ANALYSIS OF AFRICAN COUNTRIES VIS-À-VIS KEY
MALARIA CONTROL INDICATORS AND TARGETS²²**

No.	Country/Intervention	Percentage of Households with at least one insecticide treated net			Percentage of febrile children receiving antimalarial medicines on the same or next day			Percentage of Pregnant Women receiving Intermittent Preventive Treatment		
		2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)	2003-2006	Gap to 2005 Target (Abuja) (60% coverage)	Gap to 2010 Target (80% coverage)
1	Algeria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Benin	25%	-35%	-55%	25%	-35%	-55%	3%	-57%	-77%
4	Botswana	-	-	-	41%	-19%	-39%	-	-	-
5	Burkina Faso	23%	-37%	-57%	19%	-41%	-61%	1%	-59%	-79%
6	Burundi	8%	-52%	-72%	-	-	-	3%	-57%	-77%
7	Cameroon	20%	-40%	-60%	38%	-22%	-42%	6%	-54%	-74%
8	Central African Republic	17%	-43%	-63%	42%	-18%	-38%	9%	-51%	-71%
9	Chad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Comoros	8%	-52%	-72%	-	-	-	-	-	-
11	Congo	-	-	-	22%	-38%	-58%	-	-	-
12	Congo, Dem. Rep. of the	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Cote d'Ivoire	6%	-54%	-74%	26%	-34%	-54%	8%	-52%	-72%
14	Djibouti	18%	-42%	-62%	3%	-57%	-77%	-	-	-
15	Equatorial Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	Eritrea	-	-	-	2%	-58%	-78%	-	-	-
17	Ethiopia	3%	-57%	-77%	1%	-59%	-79%	-	-	-
18	Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Gambia, The	50%	-10%	-30%	52%	-8%	-28%	33%	-27%	-47%
20	Ghana	19%	-41%	-61%	48%	-12%	-32%	27%	-33%	-53%
21	Guinea	1%	-59%	-79%	14%	-46%	-66%	3%	-57%	-77%
22	Guinea-Bissau	44%	-16%	-36%	27%	-33%	-53%	7%	-53%	-73%
23	Kenya	6%	-54%	-74%	11%	-49%	-69%	4%	-56%	-76%
24	Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Liberia	6%	-54%	-74%	-	-	-	-	-	-
26	Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Malawi	36%	-24%	-44%	20%	-40%	-60%	45%	-15%	-35%
28	Mali	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Mauritania	1%	-59%	-79%	12%	-48%	-68%	-	-	-
30	Mozambique	-	-	-	8%	-52%	-72%	-	-	-
31	Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	Niger	43%	-17%	-37%	25%	-35%	-55%	0%	-60%	-80%
33	Nigeria	2%	-58%	-78%	25%	-35%	-55%	1%	-59%	-79%
34	Rwanda	15%	-45%	-65%	3%	-57%	-77%	0%	-60%	-80%
35	Sao Tome and Principe	36%	-24%	-44%	17%	-43%	-63%	-	-	-
36	Senegal	20%	-40%	-60%	12%	-48%	-68%	9%	-51%	-71%
37	Sierra Leone	0%	-60%	-80%	45%	-15%	-35%	2%	-58%	-78%
38	Somalia	12%	-48%	-68%	3%	-57%	-77%	1%	-59%	-79%
39	South Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	Sudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Swaziland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	Tanzania, United Rep. of	23%	-37%	-57%	51%	-9%	-29%	22%	-38%	-58%
43	Togo	40%	-20%	-40%	38%	-22%	-42%	18%	-42%	-62%
44	Uganda	16%	-44%	-64%	29%	-31%	-51%	17%	-43%	-63%
45	Zambia	44%	-16%	-36%	37%	-23%	-43%	61%	1%	-19%
46	Zimbabwe	9%	-51%	-71%	3%	-57%	-77%	6%	-54%	-74%

UNICEF & RBM, Malaria & Children, Progress in Intervention Coverage, 2007, pp. 51-55.

Pays	Indices du Paludisme																			
	Proportion des familles ayant au moins 1 ITN		Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui dorment sous ITN		Proportion de femmes enceintes qui dorment sous ITN		Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu un traitement contre le paludisme		Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont obtenu un traitement dans les 24 heures qui ont suivi le début de la fièvre		Proportion de femmes enceintes qui ont reçu au moins deux doses de IPT lors de leur dernière grossesses		Paludisme signalé (cas clinique ou confirmé)		Cas confirmé de paludisme signalé		Décès à cause du paludisme (probable ou confirmé)		Décès à cause du paludisme (Confirmé)	
	%	Année	%	Année	%	Année	%	Année	%	Année	%	Année	Nombre	Année	Nombre	Année	Nombre	Année	Nombre	Année
AFRO																				
Ouest																				
Algérie													293	2005			0	2005		
Benin	25	2006	20	2006	20	2006	54	2006	25	2006	3	2006	861,847	2006			1,392	2006		
Burkina (-Faso)	23	2006	10	2006	3	2003	48	2006	41	2006	1	2006	2,060,867	2006			8,083	2006		
Cape Vert													70	2006			8	2006		
Côte d'Ivoire	6	2006	6	2006			36	2006	26	2006	8	2006	1,075,017	2006			136,862	2006		
Gambie	50	2006	49	2006			63	2006	52	2006	33	2006	266,188	2006						
Ghana	19	2006	22	2006	3	2003	61	2006	48	2006	27	2006	3,511,452	2006	460,965	2006	2,832	2006	293	2006
Guinée	1	2005	0	2005	0	2005	44	2005	14	2005	3	2005	834,835	2006	12,416	2006	490	2006		
Guinée-Bissau	44	2006	39	2006			46	2006	27	2006	7	2006	148,720	2006			507	2006		
Libéria	6	2005	3	2005									1,105,272	2006			877	2006		
Mali			<i>8</i>	<i>2003</i>	<i>19</i>	<i>2003</i>			<i>36</i>	<i>2003</i>			1,022,592	2006			1,914	2006		
Mauritanie	1	2003/4	2	2003/4			33	2003/4	12	2003/4			188,025	2006			10,736	2006		
Niger	43	2006	7	2006	7	2006	33	2006	25	2006	0	2006	622,127	2006			1,150	2006		
Nigéria	2	2003	1	2003	1	2003	34	2003	25	2003	1	2003	2,734,459	2006			4,556	2006		
Sénégal	20	2005	7	2005	9	2005	27	2005	12	2005	9	2005	1,555,310	2006	49,366	2006	1,678	2006	1,678	2006
Sierra Leone	5	2005	5	2005			52	2005	45	2005	2	2005	160,666	2006	8,620	2006	70	2006	20	2006
Togo	40	2006	38	2006			48	2006	38	2006	18	2006	566,450	2006		2006	819	2006		2006
Central																				
Angola													2,283,097	2006	1,029,198	2006	10,220	2006	6,634	2006
Burundi	8	2005	8	2005			30	2005	19	2005			1,334,944	2006			1,178	2006		
Cameroun	20	2006	13	2006	1	2004	58	2006	38	2006	6	2006	634,507	2006	280,496	2006	930	2006		
République Centrafricaine	17	2006	15	2006			57	2006	42	2006	9	2006	114,403	2006			865	2006		
Chad			1	2000			32	2000					46,233	2006			815	2006		
Congo	8	2005	6	2005	4	2005	48	2005	22	2005			157,757	2006			253	2006		

DRC		1	2001				52	2001					5,008,956	2006			24,347	2006		
Guinée Equatoriale		1	2000				49	2000												
Gabon													118,104	2006	29,250	2006	79	2006	50	2006
Rwanda	50	2007	56	2007	60	2007	18	2007	11	2007	28	2007	1,418,762	2006	648,955	2006	2,347	2006		
Sao Tomé et Príncipe	36	2006	42	2006			25	2006	17	2006			7,293	2006	5,146	2006	26	2006	16	2006
De l'Est et du Sud																				
Botswana	<u>9</u>	<u>2007</u>	<u>7</u>	<u>2007</u>	<u>6</u>	<u>2007</u>	<u>10</u>	<u>2007</u>	<u>4</u>	<u>2007</u>			23,514	2006	4,615	2006	125	2006		
Comores			9	2000			63	2000					54,830	2006	14,360	2006	56	2006	0	2006
Erythrée	<u>73</u>	<u>2004</u>	<u>48</u>	<u>2004</u>	<u>50</u>	<u>2004</u>	4	2002	<u>8</u>	<u>2004</u>			20,203	2006	6,547	2006	42	2006	25	2006
Ethiopie			2	2005	1	2005	3	2005	1	2005			3,759,960	2006	589,619	2006	1,357	2006		
Kenya	50	2006	51	2006	37	2006	27	2003	11	2003	4	2003	7,958,704	2006			337	2006		
Lesotho																				
Madagascar			0	2000			34	2003/4					1,003,766	2006			409	2006		
Malawi			23	2006	15	2004	24	2006	20	2006	45	2006	4,204,468	2006			7,132	2006		
Ile Maurice													16	2005			0	2005		
Mozambique							15	2003	8	2003			6,269,434	2006			5,026	2006		
Namibie							14	2000					293,224	2006			1,252	2006		
Seychelles																				
Afrique du Sud													12,098	2006	12,098	2006	87	2006	87	2006
Swaziland			0	2000			26	2000					3,757	2006	3,757	2006	15	2006	15	2006
Tanzanie	23	2004/5	16	2004/5	16	2004/5	58	2004/5	51	2004/5	22	2004/5	10,566,201	2006	2,981	2006	20,835	2006	43	2006
Uganda	16	2006	10	2006	10	2006	62	2006	29	2006	17	2006	573,963	2006			435	2006		
Zambie	44	2006	23	2006	24	2006	58	2006	37	2006	61	2006	4,731,338	2006			6,484	2006		
Zimbabwe	9	2005/6	3	2005/6	3	2005/6	5	2005/6	3	2005/6	6	2005/6	1,535,877	2006			488	2006		

UNICEF Multiple Indicator Cluster Studies (MICS); Enquête Démographique et Sanitaire (DHS); Enquête d'Indice du Paludisme; Enquête après la campagne de Distribution d' ITN

Sources:

D'autres enquêtes au niveau national

Note: (vide) Pas d'informations disponibles

2008

Status report on malaria prepared in
framework of progress report on the
implementation of the commitments of
the May 2006 Abuja special summit on
HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (ATM)

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/442>

Downloaded from African Union Common Repository